

# COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

## « LES AVANT-MONTS »

### FICHE SANITAIRE ALSH 2021

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT




1 – **ENFANT** : NOM : ..... PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....  
 GARÇON     FILLE    AGE : .....ans    REGIME ALIMENTAIRE  NON  
 Si  OUI : lequel : .....

2 – **RESPONSABLE LEGAL (1 = PAYEUR)** :     Parent 1     Parent 2     Tuteur légal / Famille d'accueil

Situation familial :  Marié(e)     Séparé(e)/divorcé(e)     Pacsé(e)     Célibataire     Concubinage

NOM..... Prénom.....

Adresse ..... Ville/Commune : .....

 Domicile ...../...../...../...../     Portable ...../...../...../...../     BUREAU...../...../...../...../




Profession : ..... Adresse mail : .....@.....

**RESPONSABLE LEGAL (2)** :     Parent 1     Parent 2     Tuteur légal / Famille d'accueil

Situation familial :  Marié(e)     Séparé(e)/divorcé(e)     / Pacsé(e)     Célibataire

NOM..... Prénom.....

Adresse..... Ville/Commune : .....

 Domicile ...../...../...../...../     Portable ...../...../...../...../     BUREAU...../...../...../...../

Profession : ..... Adresse mail : .....@.....

3 – **REGIME SOCIAL** :     Régime général     Régime Agricole (MSA)     Autres régime

N° Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant (**OBLIGATOIRE**):.....  
 (*Joindre l'attestation de Sécurité Sociale*)

**QUOTIENT FAMILIAL/ N° ALLOCATAIRE :**

Dans le cadre d'une mise en place d'une tarification modulée souhaitez-vous que la commune puisse accéder aux informations concernant vos revenus :

Directement auprès de la Caisse d'Allocation Familiale - N° Allocataire CAF : .....

Je ne suis pas allocataire CAF, en fournissant votre dernier avis d'imposition sur le revenu.

Dans le cas de la non justification des revenus, le barème de la tranche la plus élevée sera retenu.

4 – **PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS :**

**UN ENFANT NE PEUT PAS SORTIR SEUL DE L'ACCUEIL DE LOISIRS OU DU BUS. LA SEULE PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT EST SON REPRESENTANT LEGAL. CELLE-CI PEUT DESIGNER UNE OU PLUSIEURS PERSONNES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE. ELLE DOIT ETRE NOMMEE DANS LA LISTE CI-DESSOUS. LA SORTIE DE L'ENFANT SE FAIT AUX HEURES DE SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS.**

Liste des personnes autorisées :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

**5 – VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**VACCINS :** FOURNIR LA COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (**OBLIGATOIRE**).

**IMPORTANT :** SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**MALADIES:** COCHER LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT ADEJA EU :

- |                                     |                                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLE    | <input type="checkbox"/> ANGINE   | <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITE    | <input type="checkbox"/> SCARLATINE                  |
| <input type="checkbox"/> VARICELLE  | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS                   |

**ALLERGIES:** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS:**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC...PRÉCISEZ.

**AUTRES :** L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé)  Oui  Non

(Si oui, fournir une copie **OBLIGATOIRE**).

**6- AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné(e)....., **responsable de l'enfant** .....,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante (nouveau vaccin, changement d'adresse ou de n° de téléphone,...), auprès du responsable de l'ALSH.
- Je m'engage à rembourser la communauté de communes du montant des frais médicaux avancés par elle.
- Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.
- J'autorise, la communauté de communes à fixer, reproduire, diffuser et exploiter l' image, de mon enfant en tout ou partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tous formats, en couleurs et/ou en noir et blanc, sur le support photo ou vidéo, notamment à travers le site internet, la page Facebook de l'accueil de loisirs ou dans le cadre de diffusion de photos ou vidéos réalisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs auprès des adhérents de la communauté de communes.
- J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte de l'ALSH pour suivre une activité d'animation.
- J'autorise mon enfant à quitter l'ALSH seul, lors des horaires de départ entre 17 h et 18 h 30  
**(Uniquement pour les enfants qui ont 8 ans et plus).**  
Dans ce cas, je dégage le centre de toute responsabilité vis-à-vis de mon enfant après la sortie du centre.  
 À partir de .....h..... (Préciser l'heure)  Dès la sortie du bus



**Rappel important (voir règlement intérieur) :**

Le responsable et les animateurs de l'ALSH ont l'autorisation de prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, sur avis médical des professionnels de la santé en cas d'incapacité de joindre les parents, **même sans accord parental.**

**Date :** ...../...../.....

**Signature du responsable légal de l'enfant:**